

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

490

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LE

PROLAPSUS ANCIEN DU RECTUM

chez l'Adulte

PAR

René LE BRANCHU

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien interne des hôpitaux de Rennes (1913-1914 — 1919-1920)

Licencié ès-sciences

Président : M. LE PROFESSEUR LEJARS

OLLIER-HENRY

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e Arr^e)

1920

490

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

081



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LE

PROLAPSUS ANCIEN DU RECTUM

chez l'Adulte

PAR

René LE BRANCHU

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien interne des hôpitaux de Rennes (1913-1914 — 1919-1920)

Licencié ès-sciences

Président : M. LE PROFESSEUR LEJARS

OLLIER-HENRY

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e Arr^t)

—
1920



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. G.-H. ROGER.
Professeurs.		MM.
Anatomie		NICOLAS
Anatomie topographique		AUGUSTE BROCA.
Physiologie		Ch. RICHET
Physique médicale.		WEISS
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		N.
Pathologie et Thérapentique générales.		ACHARD
Pathologie médicale		N.
Pathologie chirurgicale.		TEISSIER
Anatomie pathologique.		N.
Histologie.. . . .		LETULLE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		N.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène.		CARNOT
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		N.
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
Clinique médicale.		DEBOVE
Maladies des enfants.		WIDAL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		CHAUFFARD
Clinique des maladies du système nerveux		HUTINEL
Clinique chirurgicale.		DUPR.
Clinique ophthalmologique.		JEANSELME.
Clinique des maladies des voies urinaires.		Pierre MARIE.
		Pierre DELBET
		QUENU
		LEJARS.
		HARTMANN
		DE LAPERSONNE
		LEGUEU
		BAR
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE.
		RIBEMONT-
		DESSAIGNE
Clinique gynécologique.		N.
Clinique chirurgicale infantile		N.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN
Clinique de la 1 ^{re} enfance		MARFAN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD.	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	L'ABBE HENRI	MOCQUOT.	SCHWARTZ (Anselme)
CASTAIGNE	L'AGNEL - LAVAS-	MULON	SICARD
CHAMPY	TINE.	NICLOUX	TANON
CHEVASSU	L'ANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
DESMAREST	L'ECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
GOUGEROT	L'EMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
GREGOIRE	L'ENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
	L'EUQUEUX	RETTERRER	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX LEJARS

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE

▲ LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX]

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Que nous remercions vivement pour l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de notre thèse.*

AVANT-PROPOS

Le prolapsus incoercible du rectum chez l'adulte nous avait toujours semblé une infirmité difficilement tolérable. La présence constante de cette tumeur volumineuse sans protection aucune, l'irritation produite par le contact des vêtements et l'incontinence des matières sur une muqueuse que l'étude des autres maladies ano-rectales nous avait montrée comme très susceptible nous faisait considérer le prolapsus rectal comme une affection épouvantable, rendant l'existence très pénible. La marche, la position assise, le décubitus dorsal devaient réveiller des douleurs. Le hasard d'un cas nous a fait constater que dans certaines circonstances, le prolapsus ancien du rectum, fût-il incoercible, pouvait être parfaitement toléré. De là nous est venue l'idée de rechercher si cette tolérance était fréquente et quelles pouvaient en être les causes explicatives. C'est cette étude qui fait l'objet de ce modeste travail. Mais avant de l'entreprendre, qu'il nous soit permis de manifester notre respectueuse reconnaissance à tous ceux qui nous

ont prodigué leurs leçons ou leurs conseils durant le cours de nos études.

A M. le professeur Dayot, qui nous initia à la clinique chirurgicale.

A MM. les professeurs Follet, directeur de l'École de Médecine de Rennes, Lautin, Lefevre, Le Moniet, Bodin, Véron, Castel, Hardouin, Chevrel, Millardet, Marquis, Bourdinière.

Aux maîtres de la Faculté de Paris, dont nous avons eu le bonheur de suivre l'enseignement.

A M. le professeur Le Damany, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne depuis notre démobilisation, dont la grande science clinique et le dévouement inlassable nous ont permis de nous habituer à nouveau à l'examen des malades, et à qui nous devons le sujet de cette thèse, nous exprimons tout particulièrement nos sentiments de gratitude sincère.

CHAPITRE I

DÉFINITION

« On appelle prolapsus du rectum, dit Cruveilhier, l'issu par l'anus d'une portion plus ou moins étendue du rectum ». Cette affection peut se présenter sous deux formes anatomiques différentes :

1° Le prolapsus incomplet, ou prolapsus muqueux, surtout fréquent chez les enfants et dans lequel la muqueuse, glissant sous une sous-muqueuse trop lâche, fait issue à l'extérieur. Il est facilement réductible, spontanément curable, et ne nous intéresse pas au point de vue particulier de notre sujet.

2° Le prolapsus complet, ou prolapsus total, dans lequel toutes les tuniques du rectum participent à la chute à travers l'anus. On en observe deux variétés :

a) Dans la première, sur une coupe allant de l'extérieur vers l'intérieur, on trouve emboîtés l'un dans l'autre trois cylindres. L'externe est constitué par la partie inférieure du rectum qui reste fixe comme position et qui est seulement distendue par les deux autres. Le moyen correspond à la partie qui lui fait suite, mais qui s'est

retournée de telle sorte que la muqueuse se regarde en dehors. Le plus interne est constitué par le reste du rectum et la partie terminale du colon ilio-pelvien. L'intestin y conserve son orientation normale, mais il a subi un glissement. C'est l'invagination procidente de Delbet, ou prolapsus à trois cylindres de Cruveilhier. On le reconnaîtra par le toucher. On sentira dans ce cas, entre le sphincter anal et le cylindre externe du prolapsus, un cul-de-sac plus ou moins profond.

b) Dans la deuxième variété, ce cul de sac n'existe pas. Le cylindre externe du prolapsus recontinue directement avec la peau de la région aporectale sans en être séparée par un repli muqueux. Dans ce cas le prolapsus dit « à deux cylindres ».

Dans le cas de prolapsus complet, le péritoine descend fréquemment à l'intérieur de la tumeur, formant un cul-de-sac entre le cylindre interne et celui qui l'emboîte directement. Cette disposition serait constante dans le prolapsus à trois cylindres, moins fréquente dans la tumeur à deux cylindres. Elle ne se rencontrerait sur celle-ci que lorsqu'elle est volumineuse, lorsque sa longueur, dit Delbet, dépasse six centimètres. Ce cul-de-sac péritonéal qui descend plus bas en avant qu'en arrière, comme la disposition normale du méso-rectum permet de s'en rendre compte, peut contenir ou non des viscères abdominaux, et on appelle hédrocèle (Uhde) cette hernie d'un genre particulier.

En général, le prolapsus rectal n'est pas supporté par le malade et amène rapidement celui-ci à solliciter

l'intervention chirurgicale. Si pour une raison quelconque le malade diffère l'intervention, il s'ensuit des modifications dans la musculature ano-périnéale et dans la structure de la muqueuse rectale. Elles tendent toutes à la diminution et même à la disparition de l'élément douloureux spasmodique. C'est ce prolapsus ancien, toléré à force d'être vieux que nous aurons en vue dans ce travail.

Ces formes vieilles ont du être souvent rencontrées avant l'ère chirurgicale, quoique l'idée de la cautérisation du prolapsus remonte au moins à Celse, mais la rareté des autopsies a fait que ces cas ont été passés sous silence. Au point de vue des lésions musculaires, nous trouvons relatées seulement trois dissections, celles de Cruveilhier, de Gross et de Duret et Vallin. Quant aux modifications de la muqueuse, nous croyons qu'elles n'ont été envisagées que par Trélat, quand il parle de « ces inflammations aiguës pouvant très à la longue se transformer en une inflammation chronique avec induration et presque cutanéisation ». (Trélat cité par Potherat, in traité de chirurgie, de Duplay et Reclus).

Mais pour bien comprendre comment les formes anciennes sont tolérées, il nous semble utile d'envisager rapidement la pathogénie du prolapsus du rectum.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

Du prolapsus du rectum chez l'adulte

Le prolapsus complet du rectum tel qu'on le rencontre ordinairement chez l'adulte a pour cause immédiate le relâchement de ses moyens de contention. Or ces moyens sont de trois ordres : les uns le soutiennent, les autres le suspendent à la ceinture osseuse voisine, les autres enfin le coudent. Cette coudure, cet angle approchant de 90° , ouvert en arrière et ayant son sommet un peu au-dessus du sphincter externe font que, dans les efforts, le rectum au lieu de s'invaginer dans le canal anal, vient s'appliquer contre le coccyz et le périnée postérieur, ce qui empêche son issue à l'extérieur.

Les moyens de soutènement du rectum sont, de toute évidence, les muscles et aponévroses du périnée, auxquels il faut joindre les sphincters de l'anus et le muscle releveur de l'anus. Si l'anneau sphinctérien est distendu, le périnée fût-il intact par ailleurs, le rectum tendra à sortir par la porte ouverte. Si le périnée et le

releveur manquent de tonicité, la sangle périnéale bombera dans les efforts, ce qui allongera le rectum et redressera sa courbure. Les moyens de suspension de cet organe sont le méso-rectum, les vaisseaux rectaux et, les lames aponévrotiques péri-rectales et le tissu cellulaire qui les réunit. Enfin, en dehors des moyens de suspension du rectum, il est encore un élément musculaire qui maintient cet organe dans sa coudure normale. Ce sont les fibres internes du releveur de l'anus. S'insérant d'une part à la face postérieure du corps des pubis et s'entrecroisant d'autre part derrière le rectum au dessus du sphincter, elles maintiennent en quelque sorte cet angle fixé au pubis, et leur relâchement entraîne la diminution de la coudure protectrice.

Les causes pouvant diminuer l'activité de ces moyens de contention sont générales ou locales.

Parmi les premières, il faut comprendre toutes les causes d'affaiblissement de la musculature et de fonte du tissu graisseux : les maladies infectieuses aiguës, chroniques, l'amaigrissement, la sénilité, les cachexies, etc., et aussi une sorte de lascité congénitale qui prédispose en même temps à la ptose des autres viscères : rein, foie, intestin, organes génitaux chez la femme. D'autres agissent en augmentant la fréquence ou l'intensité des efforts abdominaux : la grossesse, la toux, la diarrhée, la constipation.

Quant aux causes locales, ce sont d'abord celles qui distendent le sphincter anal, telles que la sodomie, ou l'ampoule rectale comme la constipation. Une ampoule

rectale élargie, s'invaginera avec facilité, car comme le fait remarquer P. Delbet : « Il est facile de retourner le pouce d'un gant, difficile de retourner le petit doigt ». Agiront dans le même sens les lésions périnéales traumatiques et les déchirures du périnée consécutives à l'accouchement, de même les inflammations du rectum, la rectité, qu'elle soit aiguë ou chronique. Elle entraîne une parésie plus ou moins marquée des tissus musculaires péri-rectaux, conformément à la Loi de Stokes : « Les muscles sous-jacents aux muqueuses et aux séreuses enflammées sont paralysés ». C'est ainsi que dans l'histoire du malade dont nous rapportons l'observation, on trouve à l'origine du prolapsus une dysenterie aiguë avec senesme et épreintes très douloureuses traduisant une inflammation intense de la muqueuse rectale.

Le prolapsus une fois constitué n'a pas de tendance à la guérison spontanée. Mais cette affection est tellement pénible que le malade est amené à solliciter l'intervention chirurgicale. S'il n'y recourt pas ou s'il la refuse, c'est qu'il est d'une insouciance et d'une négligence exceptionnelles, ou que d'autres maladies concomitantes font que le prolapsus est relégué au second plan, ou qu'une opération comporterait des risques. Dans l'observation de Duret et Vallin, le malade était vieux et atteint d'une affection urinaire.

Dans celle que nous avons recueillie, il s'agissait d'un vagabond, vivant dans une saleté continuelle, étranger aux plus élémentaires précautions d'hygiène.

Il n'est pas étonnant que son prolapsus lui soit devenu indifférent, d'autant plus que celui-ci devenait de moins en moins sensible.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est assez rare que l'on puisse étudier de vieux prolapsus. Le malade s'en débarrasse aussitôt qu'il le peut. L'examen des pièces ne renseigne alors que sur les lésions du prolapsus jeune. On signale cependant trois autopsies de malades morts porteurs de leurs prolapsus, ceux-ci étant de date ancienne. Elles ont été publiées par Cruveilhier, par Gross et par Duret et Vallin. Les quelques biopsies que nous avons pu faire nous semblent concorder avec les résultats obtenus par Ludlow. Cet auteur a étudié histologiquement des pièces extirpées chirurgicalement. Nous croyons pouvoir résumer de la manière suivante, les lésions observées dans ces différents cas :

A) Lésions des tuniques rectales. La muqueuse rectale peut, macroscopiquement, sembler normale, mais très souvent elle présente des modifications de son épaisseur et de sa coloration, et dans les formes vieilles des végétations et des ulcérations. La muqueuse est épaissie en masse, ce qui est dû, sans doute à la stase sanguine dont le prolapsus est le siège par suite de la gêne de la circulation en retour. Elle

représente des replis transversaux. La coloration au lieu d'être versée comme normalement, est plus ou moins violacée. Elle est souvent recouverte d'un enduit glaireux dû à l'hypersécrétion glandulaire. Le frottement continu en certain endroits y produit des ulcérations. Celles-ci sont situées surtout au niveau de la face postérieure du prolapsus ; La forme de la tumeur dirigée en arrière et le poids que la tumeur supporte dans le décubitus dorsal déterminent cette localisation. Des végétations se développent en différents points, en arrière, en avant, sur les côtés. Elles forment des éminences surélevées, seniles, portant à leur sommet des granulations miliaires, de couleur grisâtre et de la dimension d'une tête d'épingle environ. Elles peuvent, dans certains cas, en imposer pour des granulations tuberculeuses.

Au point de vue microscopique, des communications ont été faites par Felizet (1) qui signale une augmentation du nombre et du volume des glandes, et par Ludlow qui a étudié le prolapsus rectal dans les conditions mentionnées ci-dessus. Ses recherches ont porté sur cinq cas. Dans deux cas la muqueuse était plutôt amincie ; dans les trois autres, elle était épaissie, spongieuse. Nous avons pu voir, dans un prolapsus vieux de quarante-cinq ans, une muqueuse dont l'épaisseur était très augmentée. Sa couche épithéliale au lieu d'être constituée par des cellules cylindriques à plateau strié,

(1) FELIZET, — Discussion à la Société de Chirurgie, 1896,

présentait au contraire plusieurs séries de cellules aplaties parallèlement à la surface de la muqueuse et rappelant la couche cornée de la peau. La sous-muqueuse aussi était très épaisse. Le chorion riche en fibres conjonctives contenait de nombreuses glandes dont la lumière était considérablement distendue. Ce sont ces cul-de-sacs glandulaires qui venant faire saillie à l'extérieur constituent les granulations que nous avons observées.

| Les ulcérations sont dues à des pertes de substances portant tantôt sur la muqueuse seule, tantôt atteignant la musculuse elle-même dont on reconnaît le tissu. (Jacquot, Thèse de Paris, 1901. Obs. XXII.)

Les bords en sont boursoufflés et indurés, mais jamais violacés ni décollés, sauf si elles sont dues à une complication bacillaire. Le fond en est plan régulier, grisâtre, quelquefois recouvert d'une pellicule de mucus desséché.

Les fibres de la tunique musculaire du rectum sont raréfiées, blanchâtres (Ludlow) sauf au niveau du sommet du prolapsus. Généralement ce sommet correspond à une région riche en fibres musculaires : la limite supérieure de l'ampoule rectale où l'on trouve la valvule de Kortrausch, ou troisième sphincter de Nélaton.

B) Lésions péri-rectales. Le sphincter externe de l'anus, qui, dans les formes jeunes est encore intact, ne présente plus, dans les prolapsus anciens que des fibres atrophiés et tendant à disparaître. C'est ainsi que Cruveilhier, relatant son autopsie, dit : « Le sphincter

atrophié était à l'état de vestige et constitué par quelques fibres pâles, à peine distincts du tissu adipeux environnant » (Traité d'anatomie pathologique, vol. I. p. 553). Gross parle de lésions analogues : « Les fibres du sphincter étaient pâles, allongées, éparpillées. » Duret et Vallin signalent un sphincter assez robuste quoique « très dilaté et formé de fibres bien conservées et entremêlées avec des traînées graisseuses ». Les lésions du releveur dont P. Delbet et Lenormant ont montré le grand rôle dans la pathogénie du prolapsus ont été trouvées très marquées : « Le releveur de l'anus, vu par sa face supérieure, présente des fibres parfaitement reconnaissables ; il a gardé une notable épaisseur, mais s'est allongé, et l'infundibulum qu'il forme autour du rectum est plus profond que normalement. Sa partie inférieure, disséquée, est très amincie au moment où elle entrecroise ses fibres avec celles du sphincter » (Duret et Vallin). Le raphé anō-coccygien est allongé, ainsi que les aponévroses sacro-rectogénitales ; le cul-de-sac de Douglas descend très bas au niveau de l'orifice sphinctérien, quand il ne s'engage pas dans la paroi antérieure du prolapsus.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie du prolapsus du rectum est trop banale pour espérer dire à son sujet quelque chose de nouveau. Nous n'aurons en vue que les formes anciennes. Nous insisterons surtout sur les troubles de la sensibilité en rapport avec la cutanéisation de la muqueuse, et qui font que cette pénible infirmité peut chez un malade médiocrement exigeant, devenir tolérable.

Le prolapsus rectal qui a débuté brusquement chez un diarrhéique ou chez un individu semblant normal à la suite d'un effort quelconque est d'abord réductible et sa réduction se maintient. Puis les moyens de contention s'affaiblissant de plus en plus à mesure que l'affection vieillit, il arrive un moment où il se reproduit aussitôt après sa réduction. Il est alors incoercible. Des modifications survenant dans ses parois peuvent empêcher qu'on le réduise. Puis la muqueuse du cylindre externe s'altère, et l'on arrive bientôt aux formes anciennes que nous nous sommes tracés pour tâcher de décrire.

Un tel prolapsus se présente comme une tumeur de dimension variable. Son volume va de celui d'un œuf à celui d'une tête de fœtus. Il a la forme d'un tronc de cône à grosse extrémité correspondant à l'anus. Le grand axe de cette tumeur est dirigé en bas et en arrière, ce qui tient à la direction normale du canal musculaire anal, et en particulier à la tonicité des fibres du releveur qui font basculer la base en avant. S'il y a une hédrocèle, cette disposition s'exagère encore. La base peut être séparée de l'orifice sphinctérien par un sillon, si le prolapsus est à trois cylindres, ou se continuer directement avec lui s'il est à deux cylindres. Le sommet tronqué présente un orifice quelquefois élliptique, quelquefois en forme de fente antéro-postérieure, quelquefois en forme de fer à cheval, ce qui tiendrait à la traction exercée par le méso-rectum. Les bords ou lèvres sont constitués par une muqueuse plus ou moins boursoufflée. On trouve quelquefois à l'extrémité postérieure de l'orifice un repli valvulaire surplombant cet orifice d'un centimètre environ et qui serait constitué par une des valvules de Kohlrausch. La muqueuse était lisse, rougeâtre et simplement glaireuse dans les formes récentes est ici striée de plis, vineuse ou grisâtre. Elle présente des épaisissements localisés, des zones tuméfiées recouvertes ou non de granulations miliaires grisâtres. Ces granulations existent isolément en certains points. On observe aussi sur cette tumeur des végétations polyphoïdes. Des ulcérations fréquentes à grand axe vertical, plus ou moins profondes. Dans le cas que

nous rapportons, il existait sur la face postérieure du prolapsus une ulcération de 3 à 4 centimètres de longueur. Et, tout autour d'elle, sur le bourrelet légèrement surélevé qui l'entourait on trouvait de nombreuses granulations miliaires.

Au point du vue fonctionnel, cette muqueuse secrète constamment un mucus qui, joint aux liquides fécaux, va irriter les parties voisines. Il s'ensuivra de l'instestrigo du prurit. Si cet instestrigo est abandonné à lui-même, la peau macérée s'infectera, s'ulcérera. Et l'on pourra constater quelquefois des lésions graves. C'est ainsi que nous avons observé un malade qui portait à la racine de la verge une ulcération banale s'étendant en profondeur jusqu'à la partie moyenne de la verge, qu'elle sectionnait à demi. Dans les formes récentes de prolapsus, la musculature peut altérer, peut contenir partiellement les matières fécales, quelquefois même complètement. Mais dans le prolapsus ancien, les fibres sphinctériennes atrophiées n'offrent plus le moindre obstacle, et l'incontinence est absolue. La contractilité des fibres musculaires sous l'influence de la volonté est diminuée, la vue permet de le constater.

Dé même la sensibilité de la muqueuse rectale est troublée. A vrai dire cette muqueuse n'est pas sensible. Les paroxysmes aigus que l'on observe dans certaines affections ano-rectales ont plutôt pour cause une contracture spasmodique du sphincter. Les muqueuses, en général, sont beaucoup moins sensibles que la peau. Le rectum admet bien le doigt dans le toucher explorateur,

l'endoscope, et même la main toute entière (Procédé de Simon). Le temps difficile est la distension du sphincter. Cette muqueuse présente aussi une certaine sensibilité à la chaleur et au froid. Dans le prolapsus ancien du rectum, on constate une diminution générale de toutes les variétés de sensibilité, sauf de la sensibilité tactile qui est conservée. La piqure de la région prolabée ne détermine aucune douleur. Plusieurs biopsies ont pu être pratiquées sans que le malade s'en aperçoive. La sensibilité au chaud et au froid a disparu. Le malade supporte pendant quelques secondes un tube contenant de l'eau presque bouillante et mis au contact de la muqueuse du cylindre externe, et n'accuse aucune sensation de brûlure. Les pressions sont normalement senties. Ces modifications de la sensibilité que l'on ne rencontre que dans les très vieux prolapsus sont, sans doute, en rapport avec la cutanéisation de la muqueuse. Elles permettent de comprendre que le malade puisse vivre malgré son infirmité. De même que la disparition presque complète des fibres musculaires du sphincter, explique que le malade ne ressente pas de ces crises douloureuses aiguës à caractère réflexe que l'on rencontre dans le prolapsus récent et dans plusieurs autres affections de l'anus. Ces violentes douleurs font que le malade ne veut ni se lever, ni s'alimenter et, « la santé générale s'altère, des troubles digestifs surviennent et le malade entre dans le marasme qui précède la mort », (Potherat). Nous avons pu voir, au contraire, que dans quelques cas, le malade échappait à cette cachexie, et la

période aiguë passée, qu'il pouvait, malgré son prolapsus, continuer à mener une existence à peu près normale.

COMPLICATIONS

— Si le prolapsus du rectum est, d'une manière, exposé à devenir incoercible, irréductible, étranglé, la même affection parvenue à son stade ultime nous semble ne pouvoir guère se compliquer que des lésions irritatives ou végétatives déjà signalées, d'incoercibilité ou d'irréductibilité.

L'étranglement, en effet, qui se produit d'une manière brusque par la contracture des fibres musculaires sphinctériennes, n'est plus ici à craindre puisque le sphincter est atrophié et qu'il a fonctionnellement disparu. Aussi les observations que nous avons pu lire, qui le signalent comme assez fréquent dans le prolapsus récent, ne le mentionnent pas dans le prolapsus ancien. L'étranglement d'une hémorroïde est cependant encore possible.

Les mêmes considérations expliquent la fréquence, la constance même de l'incoercibilité des vieux prolapsus.

Quant à l'irréductibilité, elle est au contraire fré-

quente. Elle est due à la propagation vers la profondeur de l'inflammation de la muqueuse prolabée. Toutes les tuniques du rectum sont ici atteintes. « Celles-ci, dit M. Delbet, s'épaississent, s'indurent, les divers cylindres deviennent adhérents les uns aux autres et la tumeur devient irréductible » (1). On reconnaîtra facilement que cette inflammation profonde est le propre des vieilles lésions.

(1) P. Delbet et Bréchet. Prolapsus du rectum, in *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*.

DIAGNOSTIC

Ces formes anciennes de prolapsus ne comportent pas elles-mêmes aucune difficulté de diagnostic. L'on étudiera les caractères de la sensibilité spontanée, qui dans ces formes, a disparu, la sensibilité tactile, à la piqure, à la chaleur et à la pression. Le toucher permettra de se rendre compte de la variété de prolapsus à laquelle on a affirmé de l'épaisseur des parois, de la présence ou de l'absence d'hédrocèle. Le toucher profond l'incontinence des matières, l'incoercibilité, renseigneront sur l'état des fibres musculaires du sphincter de l'anus. Une tentative de réduction montrera s'il y a irréductibilité ou non. Pour cela le malade sera placé à genou et reposant sur les mains. L'opérateur debout à la droite du sujet, allongera son avant-bras droit parallèlement à la crête sacrée. Puis il accrochera le prolapsus avec l'index par son arc postérieur et tâchera de le refouler aussi haut que possible. Si la tumeur est réductible, elle rentrera, comme aspirée par le rectum (Joly).

Mais les lésions surajoutées peuvent faire hésiter.

C'est ainsi que l'ensemble des lésions indurées végétantes, suintantes et saignantes pourraient faire penser à une dégénérescence cancéreuse. Cette dégénérescence doit être excessivement rare, puisque la littérature médicale n'en signale pas de cas. Une biopsie toujours possible à cause de la disparition de la sensibilité permettra de lever les doutes.

Les ulcérations pourraient donner lieu théoriquement au diagnostic différentiel entre les différentes ulcération du rectum. Celles-ci sont, soit syphilitiques primaires, secondaires ou tertiaires, banales, cachectiques ou tuberculeuses. Les lésions syphilitiques conserveront là comme ailleurs leurs caractères propres et dans l'incertitude la réaction de Bordet-Wassermann pourra apporter une précision. Les lésions tuberculeuses qui ne sont pas rares sur la muqueuse rectale se reconnaîtront à leurs bords épaissis, indurés, décollés, violacés, à leur fond irrégulier, fongueux. A la périphérie on rencontrera des granulations jaunâtres, grains jaunes de Trélat, qui se ramollissant contribueront à donner à l'ulcération son aspect fongueux.

TRAITEMENT

Quel traitement peut-on opposer à ces prolapsus anciens ?

Il est bien évident, tout d'abord que les moyens médicaux : noix vomiques, strychnine, ergotine, électrisation destinée à réveiller la contractilité de fibres musculaires atrophiées, seront absolument sans résultat. A cause de l'âge des malades et des lésions de bronchite chronique qui rendraient dangereuse l'anesthésie générale, on pourra essayer les procédés chirurgicaux non opératoires :

Les caustiques : Acide nitrique concentré (Allingham) — nitrate acide de mercure — acide phénique concentré moins caustique que l'acide nitrique.

La cautérisation ignée soit au pourtour de l'anus (Guersant), soit sur la tumeur elle-même. Celle-ci peut être superficielle (Bryant), profonde (Gaujot), ou porter sur un repli de muqueuse saisi à l'aide d'un clamp (Smith et Briant).

Si l'intervention chirurgicale n'est pas contraindiquée, on pourra tenter diverses opérations :

A) La résection du prolapsus par ablation ignée, à l'aide de l'écraseur de Chassaignac — par ligature élastique (Allingham) — la résection du bistouri (Mickulicz-Nelaton-Segond).

B) La résection étendue de la muqueuse seule ou procédé de Delorme.

C) Des opérations tendant à renforcer le plancher pelvien : Excision des plis rayonnés de l'anus (Dupuytren) — Excision d'un triangle cutané à base anale, à sommet coccygien (Roux et Robert) — Excision d'un triangle rectal et d'un triangle périnéal à bases confondues (Duret) — Rectopérinéorraphie postérieure (Schwartz).

Retrécissement du sphincter de l'anus par plissement (Kehrer) — par un fil d'argent (Thiersch) — à l'aide d'une grosse soie plate ou d'une lame de caoutchouc (P. Delbet) — par une languette de fascia illéotibial (Hans Burn) — par du tissu musculaire (Schumaker) — par une périnéorraphie associée à la rectoplicature antérieure et à la myorraphie des releveurs de l'anus (Duval, Proust et Lenormant).

Retrécissement de l'ampoule rectale (Roberts, Lange).

Retrécissement et fixation par voie périnéale de l'ampoule rectale soit sans résection coccygienne, soit après résection temporaire du coccyx (Gérard Marchant, Quenu, Cunéo).

Opérations par voie abdominale : colopexotomie (Jeannel). Colopexie (Verneuil, Jeannel, Lenormant.) Suture du Douglas (Sainter, Lenormant, Quénu et Duval, Gross.)

Enfin, dans chaque cas particulier on peut employer des techniques mixtes en rapport avec les lésions anatomiques constatées ou simplement probables.

Dans le prolapsus ancien, si l'intervention opératoire s'impose ou est réclamée par le patient, il nous semble qu'en raison des lésions dégénératives de la muqueuse il faudra recourir à une résection du prolapsus, associée à une restauration périnéale.

OBSERVATIONS

J. P..., 70 ans, entré le 14 mai 1920, salle Saints-Anges, n° 20.

Pas d'antécédents héréditaires. Enfance robuste. Pendant son service militaire qu'il fit en Cochinchine, il contracta la dysenterie et le paludisme. Il fut évacué à l'hôpital de Saïgon. Il présentait à ce moment des selles très nombreuses, glaireuses et sanguinolentes, des épreintes, du ténesme rectal, des brûlures. Il s'aperçut pour la première fois, un mois après le début de la maladie, de la descente de son intestin. Le prolapsus à ce moment était réductible, mais il se reproduisait à chaque selle. Le malade revint en France en 1874 porteur de son prolapsus. Celui-ci se maintenait encore réduit dans l'intervalle des défécations, mais depuis une trentaine d'années, le prolapsus est incoercible, se reproduisant au moindre effort. Le malade a toujours eu une diarrhée chronique avec cinq à six selles par jour. Quelques recrudescences irrégulières de dysenterie avec 25 à 30 selles par jour. Depuis deux ans environ, le malade a constaté que ses selles étaient plus rares. Actuellement deux à trois selles par jour, presque normales.

Le malade est entré à l'hôpital pour des crises de dyspnée

et une ulcération qu'il présente à la racine de la verge.

Examen général : Température normale. Le malade est amaigri. Les extrémités sont cyanosées. Le malade dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Le malade porte une profonde ulcération qui entaille à moitié la base de la verge.

Appareil digestif normal. Le malade est porteur d'un prolapsus du rectum qui ne le fait pas souffrir. Le malade a de l'incontinence des matières fécales. Il ne peut s'asseoir. Le linge et le drap sont tâchés d'une sérosité sanguinolente. Le prolapsus a une forme cylindro-conique à grand axe dirigé en bas et en arrière. Sa longueur est de 8 centimètres en avant, 7 centimètres en arrière. La base a 6 centimètres de diamètre et le sommet tronqué 5 centimètres. Au sommet se trouve une fente antero-postérieure limitée par deux lèvres latérales boursoufflées. A la partie postérieure, la fente est limitée par un bourrelet en forme de fer à cheval à concavité dirigée en avant. La couleur de la muqueuse est rouge vif. On remarque en arrière, sur la face postérieure, une large ulcération de forme ovale à grand axe vertical, longue de 3 centimètres, large de 2. Les bords ne sont pas décollés, mais ils sont amincis, se continuant insensiblement avec le fond. Ce fond est de couleur grisâtre et plan, sans granulation d'aucune sorte, et semble constitué par la musculature. Sur le bourrelet très légèrement surélevé qui entoure l'ulcération, on voit des groupes de granulations miliaires, à contour circulaire, de la grosseur d'une tête d'épingle et grisâtres. On en voit d'autres semblables un peu partout, en avant et sur les côtés de la tumeur. Le toucher montre qu'il n'existe pas de cul-de-sac à la base du prolapsus — deux doigts peuvent être introduits à l'intérieur de la tumeur —

les parois sont d'épaisseurs moyennes, les tumeurs séniles qui portent les granulations sont indurées. Il n'y a pas d'hédrocèle. Le sphincter anal n'a pas de tonicité.

La muqueuse a perdu sa sensibilité à la douleur, plusieurs biopsies sont passées inaperçues, à la chaleur puisque le sujet supporte le contact d'un tube de verre contenant de l'eau bouillante, la sensibilité à la pression est diminuée, la sensibilité tactile est conservée.

Le prolapsus est réductible mais incoercible.

Appareil circulatoire : dyspnée d'effort, angoisse précordiale, œdème des jambes.

Appareil respiratoire : bronchite chronique avec emphyseme.

Ni sucre, ni albumine.

Taches purpuriques. Délire nocturne.

CONCLUSIONS

I. — Le prolapsus du rectum chez l'adulte à cause de la douleur et de l'incontinence des matières fécales qu'il entraîne, et des accidents auxquels il expose, amène généralement le malade à solliciter une intervention chirurgicale.

II. — Il existe cependant des formes anciennes de prolapsus, attribuables à l'insouciance de ceux qui en sont porteurs.

III. — Ces prolapsus anciens deviennent tolérables grâce à la disparition de la sensibilité dans une muqueuse plus ou moins cutanéisée.

IV. — Ces prolapsus sont incoercibles par atrophie des fibres musculaires du sphincter externe de l'anus, et diminution fonctionnelle des moyens de contention du rectum.

V. — Dans ces cas, l'intervention chirurgicale n'est pas strictement indiquée. La méthode de choix semble être une méthode mixte, dans laquelle la résection sera rendue indispensable par les végétations polypoïdes et les ulcérations que porte le prolapsus.

Vu le Président de Thèse :

LEJEARS.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLINGHAM. — (W) Disease of the rectum. London 1882.
- BAUMEL. — Guérison du prolapsus du rectum par le traitement médical. Arch. de Méd. des enfants, Paris 1902.
- BERNEL. — (C. S. A.) Sur un nouveau mode de traitement des prolapsus totaux du rectum, Th. Bordeaux 1901.
- CHAMAYOU (L.). — De la colepexie dans le traitement des prolapsus graves du rectum. Th. Paris 1890.
- DELBET. (P.). — Sur la cure radicale du prolapsus total du rectum. (Bull. et mém. de la Société de Chir) Paris 1901.
- DELBET ET BRECHOT. — Prolapsus du rectum, in traité de chirurgie de Le Dentu, Delbet. Paris 1916.
- DURET ET VALLIN. — Anatomie pathologique d'un prolapsus rectal. Journal de science médicale de Lille. Lille 1891.
- DELOU V. — Contribution à l'étude du traitement du prolapsus du rectum par la méthode de Tiersch. Th. Toulouse 1907.

FAURE ET RIEFFEL. — Prolapsus du rectum. In traité de chirurgie de Duplay et Reclus. Paris 1898.

HERZEN. — Un cas intéressant de prolapsus rectal grave. Revue méd. de la Suisse romande. Genève 1901.

FERTÉ (L.). — Contribution à l'étude de la technique opératoire de la recto-coccypexie et de myorraphie des releveurs de l'anus dans le prolapsus rectal de l'adulte. Paris 1905.

JEANNEL. — La pathogénie et le traitement du prolapsus du rectum. Province médicale. Paris 1907.

JOLY (M. E.) — Contribution à l'étude du prolapsus du rectum. Th. Paris 1902.

JACQUOT. — Du prolapsus rectal irréductible ou étranglé. Son traitement par l'amputation. Th. Paris, 1901.

KUAPP (J. R.) — Preliminary report of a success full operation for the radical cure of complete prolapse of the rectum of sixteen years duration un a case of premary dementia. Méd. Rec. N. Y. 1903.

LENORMAND (C.) — Le prolapsus du rectum. Causes et traitement opératoire. Th. Paris 1903.

— La myorraphie des releveurs de l'anus dans le traitement du prolapsus du rectum. Presse Méd. Paris 1903.

LÉVÉSI (J.) — Du traitement de certains prolapsus du rectum par des opérations plastiques sur le périnée.

LYOT. (T.) — Traitement du prolapsus du rectum. Th. Paris 1890.

MASSON (L.H.F.J.) — Essai sur la pathogénie et le traitement du prolapsus du rectum. Th. Paris 1894.

MARCHANT G. — Sur le prolapsus du rectum. Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie de Paris. Paris 1900.

MOLLIÈRE. — Maladies de l'anüs et du rectum. Paris 1877.

MORISTIN H. — Traitement des grands prolapsus du rectum. Bulletin et mémoires de la Société anatomique de Paris.

SOULIÉ (F.) — Contribution à l'étude du prolapsus du rectum. (Indications opératoires). Thèse Paris, 1891.

Imprimerie Spéciale de la Librairie OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26. — Paris
